

Kurzscreening für zu Hause

Bitte nicht am Training teilnehmen, wenn eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantwortet wird

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eines oder mehrere der folgenden Symptome gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Gab es innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>